

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NORMA TÉCNICA

ATENÇÃO HUMANIZADA
AO ABORTAMENTO

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4

BRASÍLIA - DF
2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

NORMA TÉCNICA

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4

Brasília - DF
2005

© 2005. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. A cessão dos direitos patrimoniais de autor ao Ministério da Saúde é de total responsabilidade da Área Técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4

Tiragem: 1ª edição - 2005 - 40.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º Andar, Sala 629
CEP: 70058-900 – Brasília - DF
Tel.: (61) 315 2933 – Fax: (61) 322 3912
E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br>

Elaboração:

Adson França
Aníbal Faundes
Cristião Fernando Rosas
Estela Aquino
Gilberta Soares
Greice Menezes
Jorge Andalaft Neto
Leila Adesse
Maria José de Oliveira Araújo
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Valéria Pandjarian

Colaboração:

Eleonora Menecucci de Oliveira
Fátima Oliveira
Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira
Jacira Melo
Jefferson Drezett Ferreira
José Henrique Torres
Juliana Monti Maifrino
Miriam Ventura
Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.

Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

36 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4)

ISBN 85-334-0873-0

1. Saúde da mulher. 2. Serviços de saúde para mulher. 3. Política de saúde. 4. Humanização do atendimento. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WA 309

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0120

Titulos para indexação:

Em inglês: Humanized Attention to the Abortion. Technical Rule.

Em espanhol: Atención Humanizada al Aborto. Norma Técnica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
1. MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO	10
2. ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO	11
I. Plano internacional	11
II. Plano nacional	12
1. Constituição Federal	12
2. Código Penal, doutrina e jurisprudência	13
3. Norma Técnica <i>Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes</i>	13
4. Código Civil	13
5. Ética profissional	14
3. ACOLHER E ORIENTAR	17
I. Não julgar	17
II. Acolhimento é tarefa da equipe de saúde	18
III. Roteiro de conversa	18
IV. Acolhimento	19
V. Informar e orientar	20
4. ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO	22
I. Aspectos clínicos	22
1. Ameaça de abortamento	22
2. Abortamento completo	23
3. Abortamento inevitável/incompleto	23
4. Abortamento retido	23
5. Abortamento infectado	23
6. Abortamento habitual	24
7. Abortamento eletivo previsto em lei	24
II. Escolhendo as técnicas de esvaziamento uterino	25
1. Abortamento farmacológico	26
2. Aspiração manual intra-uterina (AMIU)	27
3. Curetagem uterina	27
III. Alívio da dor	28
5. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO	30
I. Orientação em planejamento reprodutivo	30
II. Oferta de métodos anticoncepcionais	31
III. Abortamento espontâneo e orientação concepcional	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, cumprindo o seu papel de normatizador da atenção que é prestada à população e visando a garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, elaborou a Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento*, um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.

A Norma Técnica é o reconhecimento do Governo brasileiro à realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, afirmam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e recomendam aos Estados atenção de qualidade a todas as pessoas para que possam exercer tais direitos.

O Estado brasileiro assumiu, desde então, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos que devem ser traduzidos em ações que possibilitem a mulheres e homens vivenciarem com plenitude e saúde a sua sexualidade, decidirem, livre e conscientemente, ter ou não ter filhos – o seu número e espaçamento entre eles; acessarem informações e os meios necessários à concretização de suas decisões reprodutivas, além de tratamento digno e de qualidade, quando dele necessitarem.

O Ministério da Saúde consolida, com a publicação desta Norma Técnica, instrumento de ação para produzir resultados práticos que reflitam respeito à cidadania feminina e expressem os cumprimentos das Resoluções da Cúpula do Milênio das Nações Unidas (Nova Iorque, 2000), que definiu como uma de suas metas a redução dos níveis de mortalidade materna em 75%, até o ano 2015, em relação aos índices da década de 1990.

A Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento* é dirigida aos gestores, serviços e profissionais de saúde e a todas as pessoas comprometidas com a garantia dos direitos humanos de mulheres e adolescentes no Brasil.

HUMBERTO COSTA
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

O abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimentos de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica adequada, segura e humanizada.

Para grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que para outras mulheres a gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro.

Aspectos culturais, religiosos e legais inibem as mulheres a declararem seus abortamentos, dificultando o cálculo da sua magnitude. Independentemente dessa dificuldade, sabe-se que o abortamento é vastamente praticado, com o uso de meios diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados por profissionais em condições inseguras, em geral acarretando conseqüências danosas à saúde, podendo, inclusive, levar à morte.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, metade das gestações é indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las. Estima-se que na América Latina e no Caribe ocorram anualmente 18 milhões de gestações, sendo que destas 52% não foram planejadas, com 23% terminando em abortamento (AGI, 1999). Para o Brasil, calcula-se que 31% das gestações terminam em abortamento. Estima-se (AGI, 1994) haver ocorrência anual de 1.443.350 abortamentos, com taxa de 3,7 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, bastante superior aos valores encontrados em países da Europa ocidental, nos quais a prática do aborto é legal e acessível. Atualizados para o período 1994/1996, a incidência estimada de abortamentos provocados no País, apesar do decréscimo, situou-se ainda em patamares elevados, em 1996, entre 728.100 e 1.039.000, estimativa média e máxima, respectivamente (Corrêa & Freitas, 1997).

Em países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100.000 procedimentos (*The Alan Guttmacher Institute*, 1999). Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de abortamento realizado por profissionais e em condições seguras (Organização Mundial de Saúde, 2004).

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Pesquisa realizada em 2003 por Laurenti et al., em todas as capitais e no Distrito Federal, permitiu a identificação de fator de correção de 1.4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no País, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, onde essas taxas de morte, especificamente por aborto, são reduzidas. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostram taxas inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo mais importante causa de óbito (Alexander et al., 2003).

A despeito da subnotificação dos óbitos por abortamento, tem sido observada, nas últimas décadas, tendência de declínio da taxa de mortalidade por essa causa no Brasil. Entretanto, verifica-se não só decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito, como também a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nesta região do País onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna. Em municípios da região metropolitana do Recife, incluindo a capital, entre 1994 e 1996, o abortamento ocupou, respectivamente, o primeiro e segundo lugar deste grupo de causas, decrescendo nos anos seguintes (Valongueiro, 1996; Recife, 1998) e, em Salvador, desde o início da década de 90, o abortamento permanece como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte (Compte, 1995; Menezes & Aquino, 2001).

Considerando que a mortalidade representa apenas a ponta do *iceberg*, os dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam a magnitude desse problema. A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais.

As repercussões sociais na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam ser analisadas e respeitadas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou implicando seqüelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e penalização do abortamento.

No Brasil, sua prática se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois, embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maior parcela da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que, freqüentemente, se complicam e acarretam mortes maternas por abortamento.

A necessidade de atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que esses aspectos, faz-se necessário superar a discriminação e a desumanização do

atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de suposto sentimento de culpa por terem provocado o abortamento.

Esta Norma pretende, portanto, fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizar às mulheres alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortamentos repetidos. Para mulheres com abortamentos espontâneos, que desejem nova gestação, deve ser garantido atendimento adequado às suas necessidades.

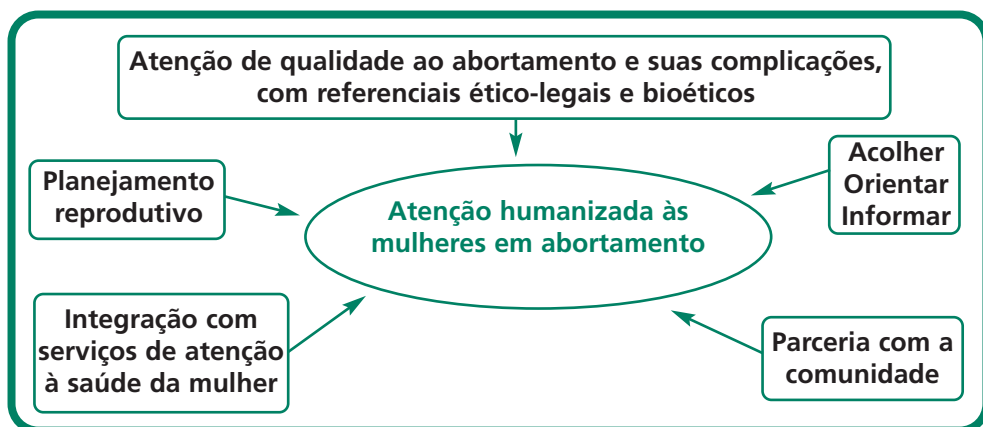
É fundamental, por fim, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando os profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO

1

A inclusão de modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento é propósito desta Norma, não apenas como guia de cuidados, mas também na intenção de oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade novo paradigma que torne segura, sustentável e efetiva a atenção às mulheres em situação de abortamento. Para que esse modelo possa ser implantado, faz-se necessária a inclusão dos seguintes elementos essenciais:

- a) Parceria entre a comunidade e os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para garantir que os serviços reflitam e satisfaçam as expectativas e necessidades da comunidade;
- b) Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir;
- c) Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos;
- d) Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação;
- e) Integração com outros serviços de promoção à saúde da mulher e de inclusão social às mulheres.



A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos.

I. PLANO INTERNACIONAL

Conferências das Nações Unidas reconhecem tais direitos, especialmente no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva.

Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993): os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana.

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995): os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos reconhecidos nos diversos tratados e convenções internacionais e incluem o direito de toda pessoa a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; o tema do abortamento inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária.

Cairo e Beijing definem como **SAÚDE REPRODUTIVA** “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos*”.

A saúde reprodutiva inclui o direito de mulheres e homens:

- a) A desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco;
- b) A procriar, com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência;
- c) À informação e ao acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar de sua escolha;
- d) Ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos, garantindo-lhes as melhores possibilidades de terem filhos sãos.

Fonte: Item 7.2, Cairo, § 94, Beijing.

Pela magnitude dos efeitos dos abortamentos realizados em condições inadequadas sobre a saúde da mulher, os governos foram instados a desenvolver ações para tratá-los, a considerar o abortamento como importante problema de saúde pública e a reduzir sua prática mediante a prestação de serviços de planejamento familiar (§ 8.25, Cairo), bem como *“considerar a possibilidade de reformar as leis que prevêem medidas punitivas contra as mulheres que tenham sido submetidas a abortos ilegais”* (§ 106 k, Beijing). Ainda, *“em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis”* (Cairo +5, art. 63, iii).

O Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994).

A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas conseqüências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso: à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pós-abortamento para, inclusive, evitar abortamentos repetidos.

II. PLANO NACIONAL

A legislação brasileira incorpora os direitos humanos internacionais e prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gestação indesejada e ao abortamento. São elas:

1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL

IGUALDADE: *“homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”* (art. 5, I), inclusive no que se refere à *“sociedade conjugal”* (art. 226, § 3º).

PLANEJAMENTO FAMILIAR: *“fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”* (art. 226, § 7º). A Lei n.º 9.263/96 o define como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal.

2. CÓDIGO PENAL, DOCTRINA E JURISPRUDÊNCIA

NÃO É CRIME E NÃO SE PUNE: o abortamento praticado por médico(a), se:

- a) Não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I);
- b) A gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II).

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, com o consentimento da mulher.

Em todos esses casos, o abortamento é um direito da mulher.

3. NORMA TÉCNICA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, conforme Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, que contempla a organização da atenção e um guia geral para este atendimento. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois *“é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”* (Código Penal, art. 20, § 1º).

4. CÓDIGO CIVIL

DO CONSENTIMENTO

O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com os arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 do Código Civil:

- a) A partir dos 18 anos:** a mulher é capaz de consentir sozinha;
- b) A partir dos 16 e antes dos 18 anos:** a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam **com ela**;

c) Antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam **por ela**.

A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade.

De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

5. ÉTICA PROFISSIONAL

DO SIGILO PROFISSIONAL

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.

É crime: *“revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”* (Código Penal, art. 154).

Constituição Federal: *“são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”* (art. 5º, X).

QUANTO À MENOR DE IDADE

Código de Ética Médica: *“é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o adolescente tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”* (art. 103).

Estatuto da Criança e do Adolescente: a) Considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar 18 anos; e b) Deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.

A assistência à saúde da menor de 18 anos em abortamento deve, pois, submeter-se ao princípio da proteção integral. Se a revelação for feita para preservá-la de danos, estaria afastado o crime de revelação de segredo profissional. Entretanto, a revelação do fato também pode lhe acarretar prejuízos ainda mais graves, como o seu afastamento do serviço de saúde e perda da confiança nos profissionais que a assistem. A decisão, qualquer que seja, deve estar justificada no prontuário da adolescente.

DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Código de Ética Médica: *“o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”* (art. 7º). É seu direito *“indicar o procedimento adequado ao paciente observando as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país”* (art. 21) e *“recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”* (art. 28). É vedado *“descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e **abortamento**”* (art. 43) e *“efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida”* (art. 48).

Não cabe objeção de consciência:

- a) Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
- b) Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);
- c) No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

Em caso de omissão, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, § 2º).

É dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

É dever do Estado, manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional.

REFERENCIAIS DA BIOÉTICA NO ABORTAMENTO

A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da bioética (ética aplicada à vida):

- a) Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- b) Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- c) Não-maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
- d) Justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde.

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. A mulher que chega ao serviço de saúde abortando está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Todos esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: *“dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”*. Pode também ser definido como *“receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”* (Paidéia, s/d).

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.

I. NÃO JULGAR

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e

necessidades. Cabe ao profissional adotar “atitude terapêutica”, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

II. ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE

Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Esta prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e formação em serviço não têm propiciado dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional; muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica.

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como prática cotidiana da assistência.

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado a sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da Psicologia e do Serviço Social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A Enfermagem também tem papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde.

III. ROTEIRO DE CONVERSA

Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pela Psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados a depender da disponibilidade da mulher e das condições do serviço para este atendimento. Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como a maternidade e o desejo de ser ou não ser mãe, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.

MUDANÇA DE POSTURA

Por envolver questões subjetivas de quem atende e de quem é atendida, o tema do abortamento pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Nesse sentido, podem ajudar: discussões coletivas, supervisões clínicas, troca de preocupações, confronto de atitudes e convicções implícitas no atendimento, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas.

ATENÇÃO HUMANIZADA

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a.

IV. ACOLHIMENTO

Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer relação de confiança.

É RESPONSABILIDADE DA EQUIPE:

- a) Respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autoconfiança;
- b) Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas;
- c) Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando-a para serviços de referência, grupos de mulheres e organizações não-governamentais (ONG) feministas;
- d) Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade;
- e) Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- f) Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando as mulheres sobre as intervenções necessárias.

CABE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL:

- a) Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo;
- b) Reforçar a importância da mulher, respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando postura autocompreensiva, que busque a auto-estima;
- c) Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida;
- d) Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro;
- e) Conversar sobre gravidez, abortamento inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos.

V. INFORMAR E ORIENTAR

- a) Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas;
- b) Estabelecer comunicação efetiva, estando atento à comunicação não-verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária;
- c) Informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento;
- d) Orientar quanto à escolha contraceptiva no momento pós-abortamento, informando, inclusive, sobre a contracepção de emergência.

ORIENTAÇÕES CLÍNICAS

SINAIS DE RECUPERAÇÃO NORMAL:

- **UM POUCO DE CÓLICA UTERINA DURANTE OS PRÓXIMOS DOIS DIAS, QUE PODE SER ALIVIADA COM ANALGÉSICOS LEVES, E UM POUCO DE SANGRAMENTO, QUE NÃO DEVE EXCEDER O DA MENSTRUÇÃO NORMAL;**
- **UMA NOVA MENSTRUÇÃO PODE OCORRER DENTRO DAS PRÓXIMAS 4-8 SEMANAS.**

SINAIS E SINTOMAS QUE REQUEREM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:

- CÓLICAS POR TEMPO PROLONGADO;
- SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE DUAS SEMANAS);
- SANGRAMENTO MAIS ABUNDANTE DO QUE UMA MENSTRUAÇÃO NORMAL;
- DOR INTENSA OU PROLONGADA;
- FEBRE, CALAFRIOS OU MAL-ESTAR GERAL;
- DESMAIOS.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- a) Informar sobre a rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo. O retorno da atividade sexual pós-abortamento não complicado pode ocorrer tão logo a mulher assim o desejar;
- b) A fertilidade retornará logo após o procedimento, de forma que é necessária a orientação de planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos;
- c) Agendar retorno para no máximo 15 dias para revisão pós-abortamento;
- d) Orientar sobre o que fazer e onde encontrar assistência de emergência;
- e) Orientar sobre complicações.

I. ASPECTOS CLÍNICOS

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. **Aborto** é o produto da concepção eliminado no abortamento.

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher.

Deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sangüínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV.

Os abortamentos podem ser classificados em:

- Ameaça de abortamento;
- Abortamento completo;
- Abortamento inevitável/incompleto;
- Abortamento retido;
- Abortamento infectado;
- Abortamento habitual;
- Abortamento eletivo previsto em lei.

1. AMEAÇA DE ABORTAMENTO

O sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. O exame de ultra-som mostra-se normal, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular.

Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sangüínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, deve a mulher retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

2. ABORTAMENTO COMPLETO

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sangüínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultra-som, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, ou a mulher deseja interromper a perda sangüínea, deve ser realizada aspiração manual intra-uterina (AMIU) e, na falta dessa, a curetagem uterina.

3. ABORTAMENTO INEVITÁVEL/INCOMPLETO

O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultra-som confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intra-uterina (AMIU), por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, emprega-se o misoprostol na dose de 200mcg de 12 em 12 horas, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com três a cinco dias de intervalo, podendo ser associado à indução com ocitocina. Após a expulsão, estando o útero compatível com gestação com menos de 12 semanas, faz-se a AMIU ou realiza-se a curetagem uterina. Também é importante avaliar a perda sangüínea e, se extremamente necessário, far-se-á transfusão sangüínea.

4. ABORTAMENTO RETIDO

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sangüínea. O exame de ultra-som revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça.

Pode ser tratado utilizando-se o misoprostol ou, quando o tamanho uterino corresponder à gestação com menos de 12 semanas, pode-se empregar a técnica de AMIU.

5. ABORTAMENTO INFECTADO

Com muita freqüência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais

freqüentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

Os seguintes exames podem ser necessários para melhor avaliação da mulher, bem como para seu seguimento: hemograma com contagem de plaquetas; urina tipo I; coagulograma; hemocultura; cultura da secreção vaginal e do material endometrial, também para anaeróbios; raios-x do abdome; ultra-sonografia pélvica ou de abdome total; e tomografia, principalmente para definir coleções intracavitárias. No tratamento, é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%. Iniciar antibioticoterapia, junto com as medidas de suporte, dando preferência aos quimioterápicos de largo espectro. Pode ser utilizado um anaerobicida (metronidazol 500mg-1g, IV, a cada 6 horas, por 7-10 dias, ou clindamicina 600-900mg, IV, a cada 6-8 horas, por 7-10 dias), associado com um aminoglicosídeo (gentamicina 1,5mg/Kg, dose IV ou IM, a cada 8 horas, por 7-10 dias, ou amicacina 15mg/Kg/dia, IV ou IM, a cada 6-8 horas, por 7-10 dias).

O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação de até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por aspiração manual intra-uterina (AMIU), por apresentar menores taxas de complicações, reduzida necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode significar perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da AMIU, pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina. Nos casos mais graves, acompanhados de peritonite e que demoram a dar resposta satisfatória, deve-se proceder a laparotomia exploradora e, se necessário, realizar retirada de órgãos pélvicos. A persistência de febre após os cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou tromboflebite. Nesse caso, indica-se a utilização da heparina.

6. ABORTAMENTO HABITUAL

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, em que seja possível identificar as causas e realizar tratamentos específicos.

7. ABORTAMENTO ELETIVO PREVISTO EM LEI

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimentos aspirativos (AMIU ou elétrica) ou dilatação e curetagem.

Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos. Para mais informações sobre abortamento eletivo nos casos de violência sexual, consultar a Norma Técnica *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*.

II. ESCOLHENDO AS TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO

O abortamento seguro, nas razões legalmente admitidas no Brasil, e o tratamento do abortamento constituem direito da mulher que deve ser respeitado e garantido pelos serviços de saúde. Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde. Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher.

Recomenda-se que os serviços de saúde elaborem normas ou rotinas internas, incluindo-se fluxogramas e procedimentos, com a finalidade de enfatizar e promover o compromisso dos profissionais e da instituição. A normatização deve considerar as capacidades e habilidades específicas de cada serviço. A equipe multidisciplinar deve dispor de espaço específico para a avaliação e o monitoramento do serviço e da qualidade da assistência, incluindo a discussão de questões éticas.

Durante o primeiro trimestre da gravidez, consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intra-uterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco/benefício de cada procedimento.

Devem-se adotar critérios que considerem e respeitem:

- a) A disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;
- b) A capacitação, a habilidade e as rotinas dos serviços de saúde para cada método;
- c) As condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição, como método único, podendo ser complementado, após a expulsão fetal, com curetagem ou aspiração uterina, segundo as condições clínicas da mulher. A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana deve ser reservada para condições excepcionais.

1. ABORTAMENTO FARMACOLÓGICO

É a utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso. Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação e cumpre com as condições estabelecidas pela lei pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro, como no segundo semestre da gestação.

No Brasil, tem-se disponível o misoprostol e a ocitocina.

As drogas utilizadas para interrupção da gravidez não devem ser usadas nos casos de conhecida intolerância.

Nos casos de gestação molar, não devem ser primeira opção e somente devem ser usadas excepcionalmente e sob estrita vigilância. Para mulheres portadoras de distúrbios da coagulação, incluindo uso de anticoagulantes, e entre as cardiopatas graves, deve-se manter vigilância rigorosa durante o uso das drogas. No abortamento de segundo trimestre, mantêm-se as mesmas condições assinaladas para o primeiro trimestre, acrescidas da presença de cicatriz uterina.

O possível risco de sangramento excessivo e o eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino devem ser discutidos com a mulher, que poderá optar entre permanecer internada ou esperar o aborto em casa, nos casos de interrupção da gestação dentro do primeiro trimestre.

Nos casos de interrupção no segundo trimestre da gestação, as mulheres deverão permanecer sempre internadas até a conclusão do abortamento, quando será decidida a necessidade ou não de completar o esvaziamento uterino.

MISOPROSTOL

A dose dependerá da idade gestacional. Até que se disponha de mais informação sobre novas vias de administração, deverá utilizar-se a via vaginal, umedecendo os comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina.

No primeiro trimestre, a dose será de 800mcg por dia, via vaginal durante dois dias. Esquemas de utilização do misoprostol:

- a) 800mcg em dose única a cada 24 horas, nos casos em que a mulher optar por esperar o aborto no seu domicílio;
- b) 400mcg de 12 em 12 horas;
- c) 200mcg de 6 em 6 horas.

Deve ser discutido com a mulher, que poderá decidir por não continuar esperando o aborto e solicitar o esvaziamento a qualquer momento, o que deve ser aceito sem demora pela equipe médica. Se a mulher aceitar, no primeiro trimestre,

deve-se esperar até 72 horas ou 24 horas depois da última dose. Após 72 horas, o esquema pode repetir-se ou ser utilizado, método alternativo, dependendo da decisão da mulher. Geralmente, o colo uterino apresenta-se favorável para aspiração ou curetagem.

No segundo trimestre, a dose recomendada é de 200mcg de 12 em 12 horas, via vaginal. Nesse trimestre, como há menos alternativas, é preciso esperar mais tempo. Propõe-se repetir o tratamento em ciclos de 48 horas, com três a cinco dias de intervalo, repetidos até provocado o abortamento ou até que a mulher, em conjunto com o clínico, decidam passar a outros procedimentos, como exemplo a associação com ocitocina.

Efeitos colaterais podem ocorrer com a utilização do misoprostol, tais como diarreia, que deve ser tratada apenas com hidratação oral, vômitos, controlados com antieméticos, e sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferentemente por meio de aspiração manual ou elétrica.

2. ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)

Procedimento que utiliza cânulas de Karman, com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas a seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares por meio da raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Pode ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade de o colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina. Nos casos de abortamento infectado, a AMIU é a técnica de eleição, embora cuidados redobrados devam ser adotados, pelo risco de perfuração uterina. Nos casos de interrupção da gravidez previstos na legislação vigente do País, com menos de 12 semanas, pode-se empregar essa técnica. A aspiração manual intra-uterina (AMIU) é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

3. CURETAGEM UTERINA

Estando o colo uterino aberto, ou dilatado previamente pelos dilatadores de Denistonn ou velas de Hegar, introduz-se a cureta e promove-se raspagem da cavidade uterina, extraíndo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero. Trata-se de procedimento antigo muito difundido no Brasil. Nos casos do colo uterino estar fechado ou pouco dilatado, pode-se promover sua abertura por meio da dilatação cervical, embora esse procedimento não esteja isento de riscos. Nas gestações superiores a 12 semanas, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol. Então, após a expulsão fetal, faz-se a curetagem uterina.

III. ALÍVIO DA DOR

O processo de abortamento é para muitas mulheres desconfortável e doloroso, necessitando, portanto, de atenção médica adequada para o controle da dor. Situações emocionais influenciam na percepção da mulher em sentir a dor e podem dificultar seus cuidados, exigindo do profissional de saúde atitudes amigáveis e tranquilizadoras. A intensidade da dor sofre influências da idade da gestação, idade da mulher, dilatação cervical, além do medo da mulher em relação ao procedimento proposto e sua compreensão em relação ao abortamento. Mulheres que já experimentaram a maternidade, em geral, queixam-se menos de desconforto provocado pela dor. Aquelas que apresentam história de uso freqüente de analgésicos, geralmente, necessitam de maior atenção.

A inadequação do controle da dor provoca nas mulheres sofrimentos desnecessários, além de aumentar suas ansiedades e de expor essas mulheres a mais complicações, provocando insatisfação quanto à qualidade da atenção prestada. Em todos os casos de atenção ao abortamento, na indução farmacológica ou nos outros procedimentos de esvaziamento (AMIU ou curetagem), avaliação clínica criteriosa, esclarecimentos sobre os procedimentos que serão utilizados, apoio afetivo, empático e humanizado proporcionam ambiente favorável para abordagem menos medicamentosa, com menores riscos de complicações, menos custos, e mais rápida recuperação.

Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado, e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam receber drogas tranquilizantes, como o diazepam ou o midazolam, quando a ansiedade passa a ser componente prejudicial ao atendimento.

Em situações selecionadas, os usos de analgésicos narcóticos (petidina e morfina) podem ser empregados, atentando-se aos seus possíveis efeitos adversos, principalmente a depressão respiratória, devendo estar disponíveis materiais e drogas para reanimação.

A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizado utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstrictor, injetando-se lentamente o anestésico na metade posterior do colo uterino (transição cérvix com a mucosa vaginal), às 5 e 7 horas, com agulha fina (calibre 23 ou de insulina), a uma profundidade de 3-5mm, na quantidade de 3-8ml em cada ponto, tendo o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico.

A anestesia geral pode ser empregada em casos selecionados ou quando essa for a opção da mulher, devendo todos estar cientes dos riscos, dos aumentos dos custos e da permanência mais prolongada da mulher no hospital. A instituição

hospitalar deve estar equipada e seus profissionais treinados para atuar nos casos de complicações.

ALÍVIO DA DOR EM MULHERES EM ABORTAMENTO:

- Apoio verbal e analgésico;
- Apoio verbal e sedação e/ou anestesia local;
- Apoio verbal e analgésico e/ou sedação e/ou anestesia local;
- Apoio verbal e anestesia geral.

A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das conseqüências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como evitar que volte a ser acometida do mesmo problema no futuro.

Sabe-se que o risco de ter novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores. Nos casos de aborto espontâneo de repetição, as mulheres precisam proteger-se de nova gravidez até serem encaminhadas a um serviço especializado, que as ajude no diagnóstico e tratamento de seu problema.

Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem-se mostrado como medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos.

A mulher em situação de abortamento, muitas vezes, não está preocupada com o risco de nova gravidez e não usa métodos anticoncepcionais espontaneamente. Ela precisa da orientação dos provedores de serviço e de disponibilidade de métodos eficazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada. Portanto, o atendimento da mulher com complicações de abortamento só será completo se acompanhado de orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos no pós-abortamento imediato.

I. ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em geral, a mulher que teve uma gestação interrompida por decisão pessoal não deseja uma gravidez logo em seguida, portanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação anticoncepcional.

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, a anticoncepção deve iniciar-se também de imediato, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada.

Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficiência de cada método para evitar a gravidez. Nesse sentido, o dispositivo intra-uterino com cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficiente por não haver o risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização destes métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Outro método que deve ser destacado é a Anticoncepção Hormonal de Emergência (AHE), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo, não usam métodos. Essas mulheres poderão estar expostas a relações sexuais inesperadas e não protegidas do risco de gravidez e de abortamento. A utilização da AHE poderá evitar a gravidez nesses casos.

Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas. Nesse sentido, não se pode deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção, contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

II. OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Idealmente, todos os métodos mencionados acima devem estar disponíveis no local onde se atende à mulher em abortamento, dando oportunidades às mulheres de iniciar o uso antes de receber alta. Em que pese a obrigatoriedade da orientação e oferta de métodos contraceptivos, as mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não os métodos acima citados.

Nos casos em que a mulher aceita um método, esse pode ser iniciado de imediato. No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15 dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento.

O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral. Como muitas mulheres terão dificuldades em consultar na unidade de saúde dentro destes prazos, é necessário que os métodos estejam disponíveis no hospital que atende o abortamento para que as mulheres possam iniciar o método escolhido dentro do prazo recomendado. Reitera-se que a mulher pode engravidar caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida por algum método anticoncepcional.

III. ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há que se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um filho algum tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que a mulher também receba orientação sobre o planejamento de uma nova gravidez.

A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se o abortamento ocorreu no 2º trimestre da gestação. O retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje, portanto, ela deve ser orientada a usar um método contraceptivo por três meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, S. "Maternal health outcomes in Europe". In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. [S.l.: s.n.], 2003, 111:578-87.

COMPTE, G. M. *Mortalidade materna*. Salvador: 1993. Dissertação de mestrado. Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 1995.

CORRÊA, S.; FREITAS, A. *Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil*. [S.l.]: Estudos Feministas, 1997, 5(2):389-396.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. [S.l.]: Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L. *Mortalidade materna na Bahia*: 1998. Salvador, BA: Relatório de Pesquisa, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Abortamento seguro*: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, SP. Projeto Paidéia de Saúde da Família - Campinas, SP: s/d.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. *Mortalidade materna*: definição, dados epidemiológicos, vigilância epidemiológica e ficha de investigação. Recife: mimeo, 1998.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto clandestino*: uma realidade latino-americana. Nova Iorque, [s.n.], 1994.

_____. *Sharing responsibility*: women, society and abortion: worldwide. [S.l.]: Special report, 57 p., 1999.

VALONGUEIRO, S. A. *Mortalidade materna em Pernambuco*: um estudo quantitativo e qualitativo. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte, MG: CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.

Impressão

Gráfica Brasil

End.: SIG/Sul, Quadra 8, nº 2.378 – Brasília - DF – CEP: 70610-400

Tel.: (61) 344 1614 – Fax: (61) 344 1613 – *E-mail*: master@graficabrasil.net